

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

Carcinome basocellulaire pédiculé et pigmenté : une présentation inhabituelle

C. AZZAM (1), J. E. ARRESE (2), D. JACQUEMIN (3), N. CALTEUX (4), G.E. PIÉRARD (5)

RÉSUMÉ : Les carcinomes basocellulaires sont les cancers les plus fréquents en pathologie humaine. Les diagnostics cliniques erronés ne sont pas rares. Ces néoplasmes se présentent sous différentes formes cliniques et histologiques qu'il est important de reconnaître, non seulement pour l'établissement du diagnostic, mais aussi pour le choix d'un traitement approprié.

Nous présentons le cas d'un patient de 78 ans, porteur d'un carcinome basocellulaire dont la forme clinique était inhabituelle par son aspect pédiculé et pigmenté.

INTRODUCTION

Les carcinomes basocellulaires sont les cancers les plus fréquents de l'organisme humain (1). Ils sont le plus souvent localisés au niveau de la tête et du cou, mais ils se retrouvent dans un tiers des cas environ sur d'autres régions du corps (2). Bien que ces tumeurs affectent des individus de toutes les races et tous les phototypes, une nette prévalence est rapportée chez les sujets au mélanotype clair et aux yeux bleus (3). Il existe une prédominance masculine avec un sex ratio de 2 pour 1 (4). La majorité de ces tumeurs se développent après l'âge de 40 ans, avec un pic de prévalence dans la septième décennie pour les deux sexes (1, 3, 4).

Ces lésions évoluent lentement, saignent facilement au moindre traumatisme, et n'ont pas tendance à la guérison spontanée. Bien qu'il s'agisse de tumeurs malignes, les carcinomes basocellulaires donnent très rarement naissance à des métastases, avec une prévalence de ce risque estimée entre 0,003% et 0,55% (5). Ces métastases se propagent par voie lymphatique, et ont des localisations préférentielles pulmonaires et osseuses.

Les facteurs de risque sont multiples, incluant l'exposition solaire chronique ou intermittente aiguë, l'intoxication chronique à l'arsenic, les irradiations ionisantes, l'ulcère chronique, un hamartome verruco-sébacé et certains syndromes génétiques (xeroderma pigmentosum, naevomatose basocellulaire) (1).

PEDUNCULATED AND PIGMENTED BASAL CELL CARCINOMA : AN UNUSUAL PRESENTATION.

SUMMARY : Basal cell carcinomas (BCC) are the most common malignant neoplasms in humans. Clinical misdiagnoses are not uncommon. These cancers are classified according to their histological and clinical characteristics which exhibit distinct malignant behaviours. It is important to be aware of the different clinical presentations both for the accurate diagnosis and tumour management. We report the case of a 78-year-old man, who presented an unusual pedunculated and pigmented BCC. This combined aspect is rarely encountered.

KEYWORDS : Basal cell carcinoma - Cancer - Collision tumour - Melanocyte - Pigmented neoplasm

CAS CLINIQUE

Un patient agriculteur, âgé de 78 ans et de phototype IV présentait une lésion chronique cervicale droite, apparue 5 ou 6 ans auparavant. Cette lésion avait progressivement augmenté de volume. Le patient ne rapportait aucun phénomène inflammatoire ou d'ulcération. L'examen clinique révélait une tumeur pédiculée et pigmentée (fig. 1). Les tissus avoisinants apparaissaient sains et les marges de la lésion, bien nettes, correspondaient au pédicule. Un examen dermoscopique n'a pas été réalisé. Vu la laxité tissulaire, une exérèse large emportant 2 cm de peau saine de part et d'autre de la lésion a été réalisée avec fermeture par une suture directe. Les dimensions de la lésion lors de l'examen macroscopique atteignaient 2,2 cm en largeur et 0,6 cm en épaisseur.

L'examen histopathologique de la pièce d'exérèse a confirmé la présence d'une tumeur pédiculée (fig. 2). Le néoplasme, érodé occupait la totalité de la masse exophytique sans envahir le pédicule. Une disposition palissadique était présente en périphérie d'amas cellulaires basaloïdes, aspect caractéristique d'un carcinome basocellulaire. Des dépôts massifs de mélanine étaient présents à l'intérieur des cellules tumorales et dans le stroma conjonctif avoisinant (fig. 3). Basé sur ces observations microscopiques, le diagnostic de carcinome basocellulaire pigmenté, pédiculé et érodé fut posé.

DISCUSSION

Les carcinomes basocellulaires sont habituellement localisés dans des zones exposées aux radiations actiniques (1). L'activité professionnelle du patient agriculteur le prédisposait probablement à développer ce type de lésion, située sur la zone photoexposée du cou. Il existe 5

(1) Chirurgien plasticien, Bruxelles,
(2) Maître de Conférences, Chef de Laboratoire,(5)
Chargé de Cours, Chef de Service, Service de Dermatopathologie, CHU Sart Tilman, Liège.
(3) Chargé de Cours adjoint, CHU du Sart Tilman, Service de Chirurgie maxillo-faciale et plastique, Liège.
(4) Chirurgien plasticien, Centre Hospitalier Luxembourgeois, Service de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, Luxembourg.

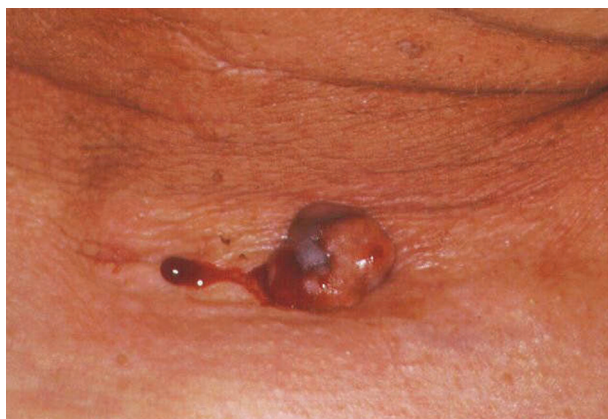


Fig. 1 : Tumeur exophytique pigmentée du cou

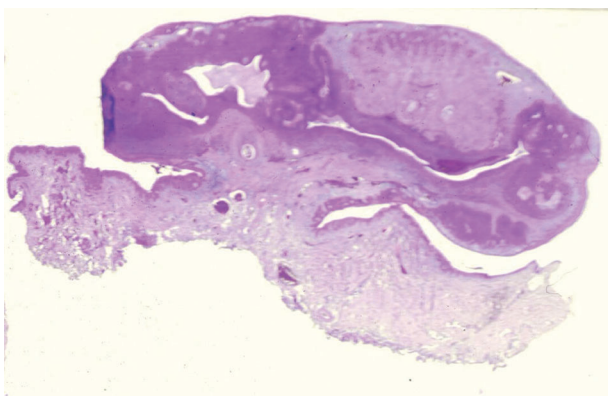


Fig. 3 : Dépôts de mélanine intratumoraux et dans le stroma conjonctif avoisinant

formes anatomo-cliniques principales de carcinome basocellulaire qui sont de gravités différentes. L'examen histologique est essentiel, car il guide le geste thérapeutique. Le carcinome basocellulaire nodulaire, le plus fréquent, bénéficie d'une exérèse avec des marges étroites. Le carcinome basocellulaire sclérodermiiforme présente une tendance à la récurrence et à l'extension latérale dans les plans profonds. Il nécessite donc des exérèses souvent très larges. Le carcinome basocellulaire superficiel ou pagétoïde n'envahit que le derme superficiel, mais son caractère plurifocal peut rendre ardue l'appréciation de la résection idéale. La forme ulcéreuse, dont le classique ulcus rodens, peut évoluer de façon extensive, destructrice et térébrante, pouvant atteindre les structures musculaires ou osseuses sous-jacentes (6, 7). Le degré d'agressivité s'accroît de la forme superficielle aux formes sclérodermiiforme et térébrante (7). Le carcinome basocellulaire pigmenté est communément rapporté dans les populations asiatiques (8, 9) ou non-Caucasiennes (10). Il est beaucoup plus rare en Europe. A sous-type com-

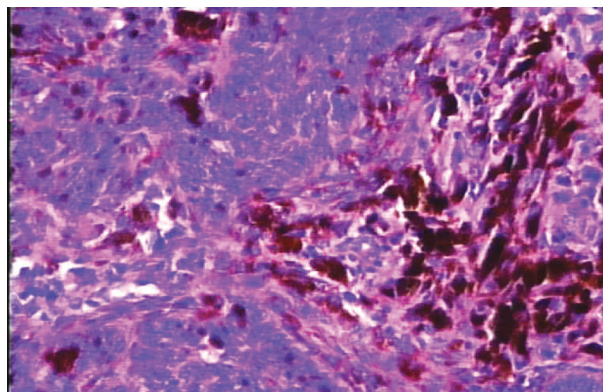


Fig. 2 : Aspect histologique de la tumeur exophytique et pédiculée

parable, les marges d'exérèse sont plus adéquates lorsque les tumeurs sont pigmentées (11).

La mélanisation des carcinomes basocellulaires dépend de l'activité des mélanocytes contenus dans le néoplasme. En fait, la plupart des carcinomes basocellulaires, cliniquement pigmentés ou non, sont habités de mélanocytes dendritiques (12, 13). Ce n'est que lorsque ces cellules sont hyperactives que l'aspect clinique devient typique du carcinome basocellulaire pigmenté. Les dépôts de mélanine sont alors retrouvés à l'intérieur des cellules tumorales, dans les dendrocytes péri-tumoraux et également dans les kératinocytes épidermiques (14, 15). Ce phénomène de colonisation et d'activation mélanocytaire dans des carcinomes a été également rapporté dans des métastases épidermotropes de carcinomes mammaires (16-20) et dans des carcinomes spinocellulaires primitifs de la peau (21).

Le diagnostic différentiel clinique entre des tumeurs cutanées pigmentées bénéficie de la dermoscopie (22). La distinction entre un carcinome basocellulaire pigmenté et un mélanome est facilitée par cet examen. Cependant, il est à noter que la coexistence d'un mélanome cutané et d'un carcinome basocellulaire pigmenté ou non est possible (23-26). Ce problème des tumeurs pigmentées de collision résulte probablement du phénomène de cancérogenèse en champs (27).

Le caractère pédiculé d'un carcinome basocellulaire est inhabituel (28). Cette forme poly-pôïde, diffère des autres types par l'existence d'un pédicule qui connecte la tumeur à la peau. Chez notre patient, les agrégats tumoraux étaient cantonnés à la zone exophytique. Le cas rapporté présentait un pédicule qui mesurait moins d'1cm, contrastant avec les dimensions approximativement doubles du cancer. Vu la laxité tégumentaire, et le doute diagnostique devant cette tumeur atypique, les marges de l'exérèse ont été choisies larges. Il est en effet important de considérer la taille d'un carcinome basocellulaire qui,

égale ou supérieure à 2 cm, impose un traitement plus agressif (7).

CONCLUSION

Les carcinomes basocellulaires sont catégorisés en 5 types anatomo-cliniques. Cependant, il existe des cas atypiques qui n'entrent pas dans l'une ou l'autre de ces catégories. Il est important d'avoir conscience de ces présentations inhabituelles, tant pour le diagnostic, que pour le traitement. Dans la littérature, l'association des caractères pédiculé et pigmenté est très rare. Un examen dermoscopique aurait vraisemblablement mieux orienté la piste diagnostique clinique. Dans le cas présent, c'est l'histologie qui a permis d'établir un diagnostic précis. Celui-ci conditionne le traitement définitif.

RÉFÉRENCES

- Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Tumeurs cutanées fréquentes en gériatrie. *Rev Med Liège*, 1997, **52**, 289-295.
- Betti R, Urbnai CE, Lodi A, Crosti C.— Unusual sites of basal cell epitheliomas according to anatomical distribution and relative tumour density index. *Eur J Dermatol*, 1992, **2**, 154-156.
- Van Zuuren E, Bastiaens M, Posma AN, Bouwes J.— Basal cell carcinoma on the dorsum of the hand : report of 11 cases. *J Eur Acad Derm Venereol*, 2000, **14**, 307-310.
- Piérard-Franchimont C, Uhoda I, Piérard GE.— Cutaneous cancers in the Mosan region and Ardennes of Belgium. *Dermatology*, 1999, **198**, 187-191.
- Kogan L, Arieli D, Pizov G, et al.— Metastatic spinal basal cell carcinoma : a case report and literature review. *Ann Plast Surg*, 2000, **44**, 86-88.
- Verola O.— Les tumeurs épithéliales cutanées. Rapports anatomo-pathologiques. *Ann Chir Plast Esth*, 1998, **43**, 301-310.
- Collège des Enseignants.— Mise au point thématique. Cancers cutanés épithéliaux. *Ann Dermatol Venereol*, 2000, **127**, A80-A85.
- Kikuchi A, Shimizu H, Nishikawa T.— Clinical histopathological characteristics of basal cell carcinoma in Japanese patients. *Arch Dermatol*, 1996, **132**, 320-324.
- Lao LM, Kumakiri M, Kiyohara T, et al.— Subpopulations of melanocytes in pigmented basal cell carcinoma: a quantitative, ultrastructural investigation. *J Cutan Pathol*, 2001, **28**, 34-43.
- Morita K, Ikoma A, Takagaki K.— Basal cell epithelioma which is not Pinkus tumor. *J Dermatol*, 2001, **28**, 103-105.
- Maloney ME, Jones DB, Sexton FM.— Basal cell carcinoma : investigation of 70 cases. *J Am Acad Dermatol*, 1992, **27**, 74-78.
- Garcia-Solano J, Garcia-Rojas B, Sanchez-Sanchez C, et al.— Basal cell carcinoma : cytology and immunocytochemical findings in fine-needle aspirates. *Diagn Cytopathol*, 1998, **18**, 403-408.
- Florell SR, Zone JJ, Gerwels JW.— Basal cell carcinomas are populated by melanocytes and Langerhan's cells. *Am J Dermatopathol*, 2001, **23**, 24-28.
- Morimoto S, Gurevitch A.— Pedunculated pigmented basal cell carcinoma on the buttock of a black man. *J Dermatol Surg Oncol*, 1985, **11**, 115-117.
- Morales P, Cruz N, Toro L, et al.— Pigmented basal cell carcinoma : an unusual case. *Ann Plast Surg*, 1995, **34**, 441-445.
- Azzopardi JG, Eusebi V.— Melanocyte colonization and pigmentation of breast carcinoma. *Histopathology*, 1977, **1**, 21-30.
- Poiares-Baptista A, De Vasconcelos AA.— Cutaneous pigmented metastasis from breast carcinoma simulating malignant melanoma. *Int J Dermatol*, 1988, **27**, 124-125.
- Sau P, Solis J, Lupton GP, et al.— Pigmented breast carcinoma. A clinical and histopathologic simulator of malignant melanoma. *Arch Dermatol*, 1989, **125**, 536-539.
- Piérard GE, Piérard-Franchimont C, Arrese Estrada J, Ben Mosbah T.— Tumeurs épithéliales à contingent mélanocytaires. *Ann Dermatol Venereol*, 1990, **117**, 291-293.
- Bourlond A.— Pigmented epidermotropic metastasis of a breast carcinoma. *Dermatology*, 1994, **189**, 46-49.
- Morgan MB, Lima-Maribona J, Miller RA, et al.— Pigmented squamous cell carcinoma of the skin : morphologic and immunohistochemical study of five cases. *J Cutan Pathol*, 2000, **27**, 381-386.
- Piérard-Franchimont C, Goffin , Piérard GE.— La dermoscopie : imagerie magnifiée des tumeurs cutanées pigmentaires. *Rev Med Liège*, 1998, **53**, 180-186.
- Bhawan J, Mehregan AH, Jung-Legg Y, Gellis SE.— Pigmented basal cell carcinoma and superficial spreading malignant melanoma : an unusual combination. *J Cutan Pathol*, 1984, **11**, 471-475.
- Burkhalter A, White WL.— Malignant melanoma in situ colonizing basal cell carcinoma. A simulator of invasive melanoma. *Am J Dermatopathol*, 1997, **19**, 303-307.
- Piérard GE, Faza'a B, Henry F, et al.— Collision of primary malignant neoplasms on the skin : the connection between malignant melanoma and basal cell carcinoma. *Dermatology*, 1997, **194**, 378-379.
- Hirakawa E, Miki H, Kobayashi S, et al.— Collision tumor of cutaneous malignant melanoma and basal cell carcinoma. *Pathol Res Pract*, 1998, **194**, 649-653.
- Uhoda I, Quatresooz P, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Nudging epidermal field cancerogenesis by imiquimod. *Dermatology*, 2003, **206**, 357-360.
- Megahed M.— Polypoid basal cell carcinoma : a new clinicopathological variant. *Br J Dermatol*, 1999, **140**, 701-703.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Prof. G.E. Piérard, service de Dermatopathologie, Chu du Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.
email : Gerald.Pierard@ulg.ac.be